

PENDEKATAN SOSIAL DALAM PENELITIAN KESEHATAN REPRODUKSI 25

Rosalia Sciortino*

Abstract

Population problems, particularly fertility and family planning program, used to be approached from a clinical instead of socio-culture perspectives. A clinical point of view never involves through aspect of reproductive right thought; which includes the right of any individuals (men and women) and couples (husband - wife) in making decisions in terms of reproductive behaviour along their reproductive ages. In this regard, this paper states that reproductive health problems should be understood from a social perspective. This is because reproductive health problems is cause and influence social, political, and economic system as well as gender relation. Therefore, the selection of the appropriate social - cultural research methods/approaches is undoubtedly needed. Methodology should be developed appropriately to meet the research goals and objectives.

Pendahuluan

Sejak tahun 1992 Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada (PPK-UGM), Yogyakarta melaksanakan suatu program penelitian Kesehatan Reproduksi, Kependudukan, dan Pembangunan yang berbentuk *research award* dengan bantuan dana dari Ford Foundation. Program ini menawarkan dua kali setahun dana penelitian secara kompetitif kepada peneliti muda Indonesia, minimal bergelar S1, yang berminat mengembangkan penelitian dalam bidang kesehatan reproduksi dengan mendayagunakan suatu perspektif sosial. PPK-UGM juga memberikan bantuan teknis kepada penerima dana pada tiap tahap

penelitian sampai ke penulisan laporan.

Walaupun PPK-UGM berhasil menarik perhatian peneliti-peneliti muda dan pelamar pada tiap angkatan sampai berjumlah 200, pengelola masih merasa kurang puas karena kualitas usulan-usulan penelitian yang diterima belum memadai. Masalah paling utama adalah bahwa peneliti-peneliti muda belum cukup memahami konsep kesehatan reproduksi dan belum memiliki kerangka berpikir yang jelas dan mendalam. Kesehatan Reproduksi sering dianggap sebagai sinonim dari keluarga berencana, sedangkan aspek-aspek lain dari kesehatan reproduksi kurang diperhatikan. Selain itu, ada

* Rosalia Sciortino, Ph.D., Program Officer Kesehatan Reproduksi dan Kependudukan pada Ford Foundation, Jakarta.

juga peneliti yang mencampuradukkan konsep kesehatan reproduksi dengan konsep kesehatan seksual dan tidak bisa membedakan antara keduanya.

Masalah lain dalam pelaksanaan program adalah bahwa peneliti-peneliti tersebut kebanyakan masih melakukan pendekatan kesehatan reproduksi dari aspek klinis dan belum mampu untuk mendekati masalah tersebut dari konteks sosial dan kebudayaan. Dalam usulan-usulan penelitian yang diterima, perspektif sosial belum didayagunakan secara berarti.

Untuk menghadapi masalah-masalah tersebut dan mengembangkan kemampuan para peneliti, PPK-UGM mengambil keputusan untuk menyelenggarakan suatu Seminar Nasional dengan tema "Pendekatan Sosial dalam Penelitian Kesehatan Reproduksi" pada tanggal 8 dan 9 Agustus 1994 di Yogyakarta. Pada waktu itu, penulis diundang sebagai narasumber dan ditugaskan mencoba menjelaskan konsep kesehatan reproduksi dari sudut pandang ilmu sosial. Ceramah yang diberikan dalam seminar tersebut, dengan berbagai perbaikan, diungkapkan kembali dalam makalah ini. Tiga aspek pokok akan dijelaskan. Pertama, akan dikemukakan konsep kesehatan reproduksi dan latar belakangnya. Kedua, akan dianalisis inti pendekatan kesehatan reproduksi dari segi sosial. Ketiga, akan dikemukakan contoh-contoh tema-tema khas penelitian sosial mengenai kesehatan reproduksi dengan tujuan agar suatu gambaran kongkret dari pendekatan sosial dalam penelitian kesehatan reproduksi dapat dipahami.

Pengertian "Kesehatan Reproduksi"

Akhir-akhir ini konsep "kesehatan reproduksi" mulai digunakan di bidang kesehatan dan kependudukan. Badan Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan konsep tersebut sebagai berikut.

Kesehatan reproduksi menyangkut proses, fungsi, dan sistem reproduksi pada seluruh tahap kehidupan. Oleh karena itu, dalam konsep kesehatan reproduksi terkandung asumsi bahwa setiap individu dapat memperoleh kehidupan seks yang bertanggung jawab, memuaskan dan aman, dan juga dapat mempunyai kapasitas bereproduksi dan kebebasan untuk menentukan jumlah, jarak, dan waktu kapan memperoleh anak (WHO, 1994: 5, terjemahan penulis; lihat juga WHO, 1992).

Definisi WHO cukup luas dan menyangkut seluruh aspek yang berhubungan dengan proses, fungsi, dan sistem reproduksi, tetapi dalam praktiknya hanya aspek-aspek yang berhubungan erat dengan kontrasepsi dan keluarga berencana yang diperhatikan. Untuk mengerti penggunaan yang reduksionistik ini kita perlu mengingatkan bahwa konsep kesehatan reproduksi muncul dalam konteks kependudukan sebagai salah satu reaksi dan perluasan dari program keluarga berencana. Orang dan instansi yang mempromosikannya merasa bahwa program keluarga berencana sudah tidak memadai lagi karena tidak memberi perhatian kepada kesehatan wanita dan haknya.

Munculnya konsep "kesehatan reproduksi" memang bisa dianggap sebagai puncak dari perubahan-

perubahan kerangka berpikir dalam bidang kependudukan, khususnya program keluarga berencana. Secara singkat kita bisa membedakan tiga tahap dalam sejarah program keluarga berencana di dunia. Tahap pertama berlangsung antara tahun 1960 dan 1970. Waktu itu, di dunia internasional, khususnya di negara-negara Barat, berkembang pendapat bahwa jumlah penduduk yang kian membesar akan memberi dampak negatif pada pelestarian lingkungan hidup serta menimbulkan kemiskinan dan keadaan-keadaan buruk lainnya (Sciortino & Hardon, 1994: 10). Perkiraan pesimistik tersebut dinamakan Neo-Malthusian karena mendasarkan atas teori dari salah satu ahli ekonomi terkemuka yang namanya Malthus (1766-1834).

Menurut dia, reproduksi manusia cenderung merupakan deret ukur (2,4,8) sementara pasokan bahan pangan hanya tumbuh secara aritmatik (1,2,3). Sumber daya alam yang terbatas menyebabkan manusia akan sampai kepada kondisi kekurangan pasokan bahan pangan, konsekuensi yang tidak terelakkan, seperti kemiskinan absolut, kelaparan, perang, wabah penyakit, dan lain-lain (Aristiarni & Hartiningsih 1994: 18).

Untuk menghadapi masalah tersebut, negara Barat mempromosikan diseminasi metode kontrasepsi modern di dunia berkembang dan lembaga donor internasional membantu negara-negara dunia ketiga dalam usaha mengadopsi program keluarga berencana.

Pada tahap kedua, yang mencapai puncak pada Konferensi Dunia di Bucharest pada tahun 1974. Negara-

negara berkembang dan negara-negara yang beraliran sosialisme mulai menangkis teori Neo-Malthus. Menurut mereka, negara Barat memakai "masalah kependudukan" sebagai alasan untuk tidak melihat penyebab-penyebab kemiskinan yang sebenarnya, khususnya ketidakseimbangan antara negara Barat dan negara berkembang. Menurut mereka kemiskinan tidak disebabkan oleh jumlah penduduk yang terlalu banyak, tetapi sebaliknya kemiskinan menyebabkan pertumbuhan penduduk. Kemiskinan dan ketidakseimbangan, bukan kebanyakan penduduk, yang merupakan akar dari kerusakan alam. Oleh karena itu, program keluarga berencana bukan metode yang paling efektif untuk menurunkan fertilitas. Yang diperlukan adalah peningkatan pendidikan dan ekonomi penduduk serta keseimbangan antara negara miskin dengan negara kaya, dan antara elite dengan masyarakat luas. Ringkasnya *development is the best contraceptive* atau pembangunan adalah kontrasepsi yang paling efektif (Sen, Germain & Chen 1994: 3).

Pada tahap ketiga, tahun 1980 ke atas, kritik baru muncul dari pihak organisasi perempuan. Mereka minta perhatian untuk menghubungkan antara ketidakberdayaan perempuan dan pertumbuhan penduduk. Menurut mereka jika posisi perempuan dalam masyarakat diperbaiki dan dominasi laki-laki dikurangi, fertilitas akan menurun secara otomatis. Mereka juga mengeluh bahwa *population establishment* hanya berkepentingan menekan angka kependudukan dan tidak bertujuan meningkatkan kualitas hidup pada kelompok perempuan.

Orientasinya pada pengejaran target dalam angka menjadikan wanita sebagai objek keluarga berencana agar targetnya dipenuhi. Salah satu akibat adalah bahwa hak wanita untuk menentukan waktu melahirkan dan memilih cara KB yang cocok masih kurang dihormati. Seringkali, metode kontrasepsi yang diutamakan dalam program keluarga berencana adalah metode yang bisa dikontrol oleh petugas kesehatan dan petugas keluarga berencana dan bukan metode yang bisa dikontrol oleh perempuan sendiri. Dalam hal ini, program keluarga berencana di berbagai negara masih kurang menjamin keamanan kontrasepsi dan petugasnya kurang reseptif terhadap keluhan wanita mengenai efek samping penggunaan kontrasepsi. Secara singkat bisa dikatakan bahwa program keluarga berencana kurang memperhatikan kesehatan wanita. Masalah-masalah kesehatan yang dialami perempuan tidak dilayani dengan baik dan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA), "I" sering dilupakan dan kesehatan anak yang mendapat semua perhatian. Karena situasi begini, kita tidak perlu heran bahwa di beberapa negara di mana KB berhasil, angka mortalitas ibu masih cukup tinggi (Garcia-Moreno & Claro 1994: 47-63; Dixon-Mueller 1993).

Kritik-kritik dari kelompok-kelompok perempuan terhadap hak reproduksi mereka ditambah dengan kesadaran bahwa program keluarga berencana saja, tanpa diikuti dengan perkembangan ekonomi dan pembangunan masyarakat, tidak akan menimbulkan penurunan fertilitas, kemudian menghasilkan suatu konsep

sekalius terminologi baru yang jauh lebih luas daripada fertilitas dan program keluarga berencana, yaitu kesehatan reproduksi.

Tema pokok di sini adalah hak-hak reproduksi, yaitu bahwa setiap pasangan dan individu mempunyai hak asasi untuk menentukan jumlah, jarak antara kelahiran anak dan waktu kapan memperoleh anak. Untuk memungkinkan mereka menggunakan hak-hak ini mereka memerlukan informasi, alat perlengkapan dan sarana-sarana lain. Dalam kaitan itu maka saat ini program keluarga berencana tampaknya perlu diperluas sehingga mencakup kesehatan seksual dan reproduksi. Penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi ini mencakup pelayanan untuk semua masalah kesehatan reproduksi wanita dan pria pada semua tahap hidupnya (Salim, E, 1994: 1-13). Secara singkat bisa dikatakan bahwa konsep kesehatan reproduksi terdiri atas beberapa elemen pokok, yaitu:

- perilaku reproduksi selama usia subur (untuk perempuan usia subur mulai dari menstruasi pertama sampai menopause, sedangkan untuk laki-laki dimulai sejak ejakulasi pertama dan dapat sampai akhir hidup);
- perilaku seksual;
- perawatan sebelum kehamilan, penghentian melahirkan dan sesudah melahirkan;
- perawatan kesehatan ibu;
- penanganan ketidaksuburan (infertilitas)
- penghapusan aborsi yang tidak aman;

- penanganan infeksi dan penyakit yang diakibatkan oleh hubungan seks;
- pencegahan dan pengobatan *malignencies* di alat-alat reproduksi;
- akses pada pelayanan kontrasepsi yang aman;
- penghormatan hak-hak reproduksi.*

Walaupun pakar-pakar masih mendiskusikan konsep kesehatan reproduksi, urgensinya sudah diakui di dunia internasional seperti terlihat dalam Konferensi PBB mengenai Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) yang berlangsung di Cairo pada September 1994. Selama ICPD diselenggarakan, koran, televisi dan media massa yang lain meliput hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan hak reproduksi. Salah satu bab (bab VII) dalam *action plan* secara khusus berfokus pada kesehatan dan hak reproduksi. Di samping itu, lebih dari 100 lembaga sosial masyarakat dari seluruh dunia menyebarkan suatu Deklarasi Perempuan mengenai Kebijakan Kependudukan yang menyatakan bahwa hak dan kesehatan reproduksi adalah fundamental untuk

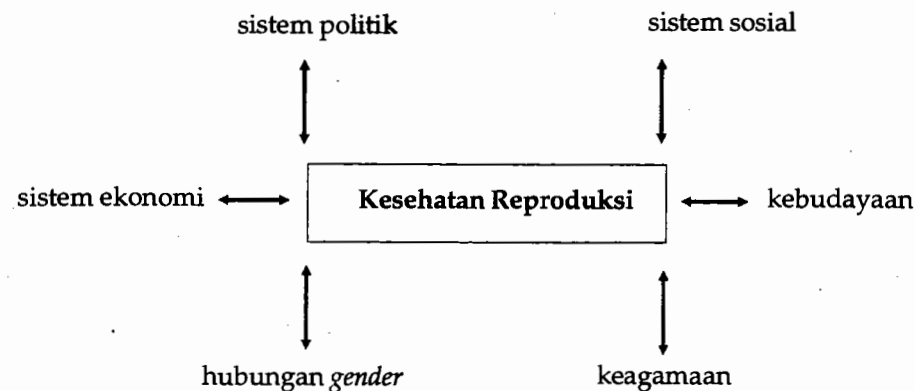
setiap orang (Germain, Nowrajee, and Pyne, 1994: 31-34). Dengan kata lain, konsep kesehatan reproduksi sudah dipertaruhkan di atas kertas, dan sekarang hanya tinggal bagaimana mengatasi melalui tindakan nyata di kehidupan sehari-hari.

Maksud "Pendekatan Sosial pada Kesehatan Reproduksi"***

Sejauh ini masalah kesehatan reproduksi lebih banyak didekati dari aspek klinis sehingga berkembang anggapan bahwa masalah-masalah kesehatan reproduksi hanya dapat dipelajari dan dipecahkan oleh ahli-ahli kedokteran. Sementara itu, terdapat banyak bukti bahwa inti persoalan kesehatan reproduksi sesungguhnya terletak pada konteks sosial, ekonomi dan kebudayaan yang sangat kompleks. Kesehatan reproduksi dipengaruhi dan mempengaruhi sistem politik, sosial, ekonomi, kebudayaan dan *gender*. Misalnya hubungan sosial laki-laki dan perempuan dalam suatu masyarakat (*gender*) mempengaruhi usia perkawinan dan pengendalian kelahiran, yang pada gilirannya

* Secara terinci hak-hak konsumen dalam program keluarga berencana adalah hak untuk mendapatkan informasi, hak untuk mendapatkan akses pada pelayanan kesehatan reproduksi; hak memilih antara metode-kontrasepsi; hak untuk mendapatkan pelayanan yang aman; hak untuk kepribadian; hak atas konfidensialitas; hak untuk kehormatan; hak untuk *comfort*; hak untuk meneruskan pelayanan; hak untuk mengekspresikan opini (IFPA; lihat juga PKBI 1989)

** Untuk bab ini penulis mendapat inspirasi dari beberapa makalah dan buku tentang hubungan ilmu-ilmu sosial dan kesehatan, antara lain: Depkes, 1982; Koentjaraningrat dan Loedin, 1985; Sudarti et al. 1987; WHO, 1986; Uach, 1992. Referensi mengenai masalah pendekatan kesehatan reproduksi dari sisi ilmu-ilmu sosial masih kurang. Mungkin suatu tema yang peneliti-peneliti muda dapat kembangkan dalam waktu yang akan datang.



mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan.

Dengan melihat pentingnya sumbangan faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya terhadap kesehatan reproduksi, maka dirasa perlu dikembangkan pendekatan sosial terhadap kesehatan reproduksi. Kesehatan reproduksi perlu dikeluarkan dari bidang biomedis dan studinya perlu diperluas dengan menambah analisis sosial supaya hubungan antara sistem kebudayaan dan sosial dengan kesehatan reproduksi bisa dipahami secara mendalam.

Apa sebetulnya yang dimaksudkan dengan analisis sosial atau perspektif penelitian dari sisi ilmu sosial? Secara sederhana bisa dikatakan bahwa penelitian sosial tidak akan berfokus pada aspek klinis atau biologis dari kesehatan reproduksi. Seorang peneliti sosial akan lebih tertarik untuk mempelajari interaksi antara masalah kesehatan reproduksi seperti diuraikan di atas dengan salah satu atau lebih aspek dari sistem sosial, sistem politik,

sistem kebudayaan, sistem ekonomi dan/atau hubungan gender.

Analisis sosial dapat dilakukan pada tingkat individu (misalnya untuk mengerti mengapa wanita-wanita berkonsultasi kepada dukun bayi); kelompok (misalnya, untuk mempelajari bagaimana perilaku seks kelompok waria); organisasi (misalnya, untuk memahami peranan LSM dalam program keluarga berencana); pemerintah (misalnya, untuk mengerti kebijaksanaan-kebijaksanaan penanggulangan AIDS); dan tingkat internasional (misalnya untuk memahami hubungan antara negara Barat dan negara berkembang di bidang kependudukan).

Pendekatan sosial kesehatan reproduksi di samping bervariasi pada tingkat sosial, juga bervariasi pada metode yang digunakan. Ilmu-ilmu sosial mempunyai dua macam metode, yaitu metode kuantitatif dan metode kualitatif. Metode kuantitatif mengutamakan pengumpulan besar angka melalui pendekatan survei,

analisis dengan statistika-matematika, disajikan dalam bentuk tabel dan diagram. Metode kualitatif mengutamakan pengumpulan data melalui wawancara terbuka, observasi partisipasi dan *focus group discussion* (FGD). Analisis kualitatif tidak menggunakan perangkat statistik dan data yang dihasilkan dapat berbentuk keterangan verbal (Sudarti et al. 1987: iii-iv). Kedua metode tersebut masing-masing mempunyai keuntungan dan kerugian.

Metode kuantitatif dipandang menguntungkan karena antara lain: jumlah responden banyak, dapat menjangkau responden yang tersebar. Metode ini juga menyandang kelemahan, yang antara lain adalah biaya relatif mahal, informasi yang digali terasa dangkal, tidak mendalam. Metode kualitatif mempunyai keuntungan antara lain informasi dapat digali secara mendalam, biaya relatif murah, mempunyai metode dokumentasi yang baik, keterlibatan peneliti sangat besar di dalam penelitian sehingga memberikan data yang akurat. Metode ini tidak lepas dari kelemahan, yakni antara lain: adanya tradisi untuk mengumpulkan terlalu banyak data, ... wawancara membutuhkan orang yang terlatih (Sudarti et al., 1987: iii-iv).

Kriteria yang paling penting dalam pemilihan metodologi adalah tujuan penelitian karena metode yang kita gunakan harus dapat menghasilkan data yang tepat untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian. Biasanya metode kuantitatif digunakan untuk menggambarkan besarnya dan

distribusi masalah, misalnya: jumlah kehamilan, distribusi praktik aborsi, distribusi tingkat kesehatan reproduksi tergantung kelompok ekonomi dan tingkat pendidikan, dan hubungan antara perubahan ekonomi dengan pertumbuhan penduduk. Metode kualitatif lebih banyak dipakai untuk mengetahui pendapat dan perilaku responden terhadap satu hal atau lebih, misalnya: perilaku seksual pelanggan pekerja seks, pendapat ibu rumah tangga tentang AIDS, dan pengalaman klien dengan kualitas pelayanan kontrasepsi.

Terakhir, penelitian sosial kesehatan reproduksi juga bisa dibedakan menurut orientasinya. Suatu orientasi, yang disebut sebagai *theoretical orientation* menekankan teori. Penelitian dengan orientasi tersebut tidak berusaha memecahkan masalah kesehatan reproduksi secara langsung. Misalnya, peneliti dapat mempelajari persepsi masyarakat tentang alat-alat reproduksi sebagai suatu refleksi kosmos dan susunan masyarakat, atau bagaimana seksualitas dibicarakan dalam kerja sastra pada abad tertentu.

Orientasi kedua, yang disebut sebagai *applied orientation*, lebih mengutamakan praktik daripada teori dan berusaha memecahkan masalah kesehatan yang kongkret. Salah satu contoh adalah penelitian yang bertujuan mengerti mengapa ibu-ibu tidak menggunakan pelayanan kontrasepsi, atau mengapa laki-laki tidak mau disterilisasi, atau mengapa penduduk tidak mau datang ke posyandu.

Kedua macam orientasi tersebut penting karena mempunyai tujuan yang berbeda walaupun keduanya juga

mempunyai kekurangan. Penelitian yang mengutamakan teori penting untuk mengerti konteks luas dari kesehatan reproduksi, tetapi sulit untuk menghasilkan aksi yang kongkret. Penelitian yang mengutamakan praktik juga penting untuk pengelolaan program dan pelayanan kesehatan reproduksi, tetapi sering kurang orisinal dan mempunyai fokus sangat terbatas.

Penelitian dengan orientasi praktis juga sering dianggap kurang kritis terhadap dunia kedokteran karena justru digunakan oleh ahli-ahli kesehatan untuk memecahkan masalah yang sebelumnya didefinisikan secara medis. Peneliti sosial dalam konteks ini sering dipakai sebagai "pembantu" ahli kedokteran dan perspektif mereka tidak dihargai sepenuhnya. Oleh karena itu, penting sekali bahwa dalam waktu yang akan datang peneliti-peneliti sosial mulai mendefinisikan sendiri masalah reproduksi kesehatan yang relevan dari segi ilmu sosial. Peneliti sosial harus menyadari bahwa dengan ilmu khas yang mereka miliki, mereka bisa memberi kontribusi yang unik pada bidang kesehatan reproduksi sebagai mitra ahli kedokteran.

Berbagai Contoh Penelitian Sosial Mengenai Kesehatan Reproduksi

Untuk mengembangkan ilmu sosial supaya bisa menjadi sederajat dengan ilmu kedokteran agar masalah kesehatan reproduksi bisa dimengerti sepenuhnya, kita harus memahami dengan benar apa artinya penelitian sosial dalam bidang kesehatan reproduksi. Untuk memudahkan

peneliti-peneliti muda dalam usaha tersebut, di bawah ini dicantumkan berbagai contoh penelitian sosial mengenai kesehatan reproduksi yang merefleksikan perbedaan tingkat dan orientasi.

Alat-alat dan sistem reproduksi

- Persepsi masyarakat terhadap menstruasi, menopause, sistem reproduksi, dll.
- Perbedaan pendapat antara orang awam dan ahli kesehatan mengenai masalah kesehatan reproduksi.
- Menstruasi dan hak cuti.
- Sikap melahirkan dalam kebudayaan yang berbeda.

Perilaku Reproduksi

- Perilaku reproduksi perempuan dan laki-laki di masyarakat.
- Perubahan perilaku reproduksi pada tahap hidup di salah satu kelompok sosial atau suatu masyarakat.
- Acara kebudayaan yang berhubungan dengan perilaku reproduksi.
- Pendapat masyarakat tentang perilaku reproduksi yang "baik" dan "jelek".
- Kebijakan pemerintah yang mempengaruhi perilaku reproduksi.

Perilaku Seks

- Perilaku seks dalam dan di luar keluarga
- Seks dalam peliputan media
- Hukum mengenai pornografi
- Nilai-nilai sosial, kebudayaan dan agama yang menyangkut seks
- Penggunaan jamu-jamu untuk meningkatkan selera seks.
- Proses medikalisasi seksualitas.

Pelecehan dan Kekerasan Seksual

- Pelecehan seksual di tempat kerja.
- Perkosaan dan kawin paksa.
- Perkosaan dalam perkawinan.
- Program intervensi untuk mencegah pelecehan dan kekerasan seksual.
- Hubungan *gender* dan kekerasan seksual.
- Pengaruh perubahan-perubahan sosial dan kebudayaan pada pelecehan seksual.

Perawatan Ibu

- Pantangan-pantangan untuk ibu hamil.
- Adat dan kehamilan.
- Penggunaan pelayanan KIA oleh ibu hamil.
- Peran dukun bayi dan/atau bidan.
- Perbedaan pendapat antara ibu-ibu dan tenaga kedokteran.
- Faktor-faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi kematian ibu.

Infeksi Sistem Reproduksi (ISR) dan Penularan Penyakit Seksual Menular (PSM)

- Stigma sosial dan PSM/ISR.
- Pendapat masyarakat terhadap PSM/ISR.
- Pilihan pelayanan kesehatan untuk pengobatan PSM/ISR.
- Pengaruh PSM/ISR pada hubungan suami-istri.

HIV/AIDS

- Diskriminasi terhadap pengidap HIV/penderita AIDS.
- Pengetahuan ibu rumah tangga tentang AIDS.

- Praktik-praktik medis yang berhubungan dengan penularan HIV.
- AIDS menurut pandangan agama.
- Kondomisasi dalam penanggulangan AIDS.

Kemandulan

- Tanggapan masyarakat terhadap laki-laki yang mandul.
- Penerimaan masyarakat pada teknik IVF.
- Peran *gender* dalam tanggapan kemandulan.
- Pengobatan kemandulan yang tradisional.
- Kepuasan klien terhadap pelayanan kemandulan yang tersedia.

Aborsi

- Nilai-nilai sosial, kebudayaan dan agama mengenai aborsi.
- Pendapat pelaku aborsi tentang aborsi.
- Hukum mengenai aborsi.
- Bentuk-bentuk aborsi tradisional dan penyebarannya.
- Hubungan antara illegalitas aborsi dan penyebaran pelayanan aborsi swasta.

Keluarga Berencana

- Pengambilan keputusan dalam keluarga tentang KB.
- Pelaksanaan KB dan penghormatan hak reproduksi.
- Kualitas pelayanan KB.
- Perubahan kebijaksanaan dalam program KB.
- Penanggapan agama terhadap kontrasepsi.

- Perlindungan hukum pada hak-hak reproduksi
- Hubungan *gender* dengan hak-hak reproduksi.
- Integrasi hak-hak reproduksi dalam kebijakan.
- Penanggapan agama terhadap hak-hak reproduksi.
- Hak reproduksi sebagai konsep universal atau khusus pada kebudayaan tertentu.

Dengan contoh-contoh di atas penulis tidak bercita-cita memberi suatu gambaran yang lengkap mengenai penelitian sosial di bidang kesehatan reproduksi karena topik-topik penelitian tidak terbatas. Penulis justru mengharapkan bahwa peneliti-peneliti muda tidak akan meneliti tema yang sudah disebut di sini, tetapi akan mendapatkan inspirasi untuk menciptakan tema-tema penelitian yang baru terus-menerus. Daftar penelitian ini hanya dimaksudkan untuk menekan kekayaan tema penelitian supaya peneliti-peneliti muda menjadi tertarik pada topik

kesehatan reproduksi dan akan mulai mempelajari dari sisi ilmu-ilmu sosial.

Di samping itu, penulis ingin menunjukkan bahwa penelitian sosial di bidang kesehatan reproduksi menyangkut tema yang cukup sensitif karena reproduksi dan seksualitas berhubungan erat dengan nilai etika, agama dan kebudayaan. Peneliti perlu menyadari bahwa penelitian dalam bidang kesehatan reproduksi mempunyai relevansi sosial yang cukup tinggi, tetapi justru karena itu dapat menyebabkan diskusi dan kontroversi di masyarakat. Untuk dapat menghadapi kontroversi tersebut, sebaiknya para peneliti memilih temanya dengan cermat dan bertanggung jawab agar siap menjawab kritik yang mungkin timbul dengan bukti-bukti yang sulit dibantah. Penulis berharap bahwa kesulitan tersebut tidak menghalangi peneliti muda untuk terjun di bidang kesehatan reproduksi karena untuk mengembangkan bidang penelitian yang masih baru ini, justru diperlukan ide-ide yang baru dan inovatif.

Referensi

- Aristiari, A. dan M. Hartiningsih. 1994. "Benarkah bumi semakin sesak?" *Kompas*, September: 18.
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 1982. "Ilmu-ilmu sosial dalam pembangunan kesehatan". *Proceeding Seminar Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta.
- Dixon-Mueller, R. 1993. *Transforming Reproductive Choice, Population Policy and Women's Rights*. Westport: Praeger Publishers.
- Garcia-Moreno, C. and Claro, A. 1994. "Challenges from the women's health movement: women's rights versus population control" dalam Sen, Germain and Chen, eds., *Population Policies Reconsidered*

Health, Empowerment and Rights. Boston: Harvard University Press. hlm. 47-61.

- Germain, A., Nowrajee, S. and Pyne, H.H. 1994. "Setting a new agenda: sexual and reproductive health and rights", dalam Sen, Germain and Chen, eds. *Population Policies Reconsidered Health, Empowerment and Rights*. Boston: Harvard University Press. hlm. 27-46.
- Koentjaraningrat and A.A.Loedin. 1985. *Ilmu-ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Gramedia.
- Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia. 1989. *Hak-hak Perempuan dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta.
- Salim, Emil. 1994. "Program aksi kependudukan dunia". *Kompas*, September: 1,13.
- Sciortino, R. and A. Hardon. 1994. *Fertility Regulation in the Netherlands from a North-South Perspective: a Reviews Studies and an*

Annotated, Selected. Amsterdam: Medical Anthropology Unit, University of Amsterdam.

- Sudarti, et al. 1987. *Proceeding Workshop on Synthesis of Qualitative and Quantitative Methods in Child Survival Research in Indonesia*. Laporan Semiloka, Pusat Penelitian Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Yach, D. 1992. "The use and value of qualitative methods in health research in developing countries". *Soc.Sci.Med.* 35(4): 603-612.
- World Health Organization. 1987. *Concepts of Health Behaviour Research*. New Delhi: Regional Office for South-East Asia. SEARO Regional Health Papers No. 13.
- . 1992. *Reproductive Health: a Key to a Brighter Future*. Biennial Report 1990-1991. Geneva.
- . 1994. *Challenges in Reproductive Health Research*. Biennial Report 1992-1993. Geneva.